

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
**MARSUPIALISATION DES KYSTES**  
**DE L'OVAIRE**

*(TRAITEMENT ULTÉRIEUR EN CAS DE RÉCIDIVE)*

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**LOUIS PAYRE**

Né le 2 Juillet 1863, à Grenoble (Isère).



**LYON**

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—  
Juillet 1896







CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MARSUPIALISATION DES KYSTES

DE L'OVAIRE

*(TRAITEMENT ULTÉRIEUR EN CAS DE RÉCIDIVE)*

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PAYRE

Né le 2 Juillet 1863, à Grenoble (Isère).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—  
Juillet 1896

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. . . . . DOYEN.  
LÉPINE. . . . . ASSESSUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

## PROFESSEURS

|                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Cliniques médicales. . . . .                             | { MM. LÉPINE.       |
| Cliniques chirurgicales. . . . .                         | BONDET.             |
| Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .          | OLLIER.             |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                        | PONCET.             |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . . | FOCHIER.            |
| Clinique des maladies mentales. . . . .                  | GAYET.              |
| Physique médicale. . . . .                               | GAILLETON           |
| Chimie médicale et pharmaceutique. . . . .               | PIERRET.            |
| Chimie organique et Toxicologie. . . . .                 | MONOYER.            |
| Matière médicale et Botanique. . . . .                   | HUGOUNENQ           |
| Zoologie et Anatomie comparée. . . . .                   | CAZENEUVE.          |
| Anatomie. . . . .                                        | FLORENCE            |
| Anatomie générale et Histologie. . . . .                 | LORTET.             |
| Physiologie. . . . .                                     | TESTUT.             |
| Pathologie interne. . . . .                              | RENAUT.             |
| Pathologie externe. . . . .                              | MORAT.              |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .           | TEISSIER.           |
| Anatomie pathologique. . . . .                           | AUGAGNEUR.          |
| Médecine opératoire. . . . .                             | MAYET.              |
| Médecine expérimentale et comparée. . . . .              | TRIPIER             |
| Médecine légale. . . . .                                 | POLLOSSON (MAURICE) |
| Hygiène. . . . .                                         | ARLOING.            |
| Thérapeutique. . . . .                                   | LACASSAGNE.         |
| Pharmacie. . . . .                                       | BARD                |
|                                                          | SOULIER.            |
|                                                          | CROLAS.             |

## PROFESSEUR ADJOINT

|                                           |            |
|-------------------------------------------|------------|
| Clinique des Maladies des Femmes. . . . . | LAROYENNE. |
|-------------------------------------------|------------|

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| Clinique des Maladies des Enfants. . . . . | MM. WEILL, agrégé  |
| Accouchements. . . . .                     | POLLOSSON (Aug.) — |
| Botanique. . . . .                         | BEAUVISAGE. —      |

## AGRÉGÉS

|                  |             |            |                     |
|------------------|-------------|------------|---------------------|
| MM. BEAUVISAGE.  | MM. ROCHET. | MM. BOYER. | MM. DOYON.          |
| CONDAMIN         | ROLLET.     | CURTILLET. | BARRAL.             |
| COURMONT.        | ROQUE.      | VALLAS.    | MOREAU.             |
| DEVIC.           | ROUX.       | SIRAUD.    | CAUSSE, chargés des |
| GANGOLPHE.       | COLLET.     | DURAND.    | fonctions d'agrégé. |
| POLLOSSON (Aug.) |             |            |                     |

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président ; M. WEILL, Assesseur ; MM. ROLLET et CONDAMIN Agrég.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## INTRODUCTION

---

Parmi les organes génitaux de la femme, susceptibles d'être le siège de néoplasmes différents, l'ovaire est certainement un de ceux qui présentent le plus d'intérêt. Les tumeurs qui se développent à son niveau sont, en effet, de nature variée, mais celles qu'on est appelé à rencontrer le plus souvent sont évidemment les productions kystiques. — Ces tumeurs présentent plusieurs variétés, dont le diagnostic n'est jamais absolument facile et se complique surtout du fait, soit des adhérences possibles, fréquentes, de la masse kystique avec les tissus voisins, soit de son mode d'implantation, soit encore de sa nature maligne ou sujette aux récidives.

Lorsque le chirurgien est appelé à intervenir dans un

cas de kyste de l'ovaire dont l'ablation s'impose, il ne peut donc à l'avance se dire qu'il suivra telle ou telle méthode opératoire d'une façon mathématiquement rigoureuse. Il sait qu'au contraire il lui faudra laisser à l'imprévu une place très large et faire, si l'on peut s'exprimer ainsi, de l'opportunisme chirurgical.

Nombreuses, en effet, sont les difficultés qui peuvent se présenter dans le cours de ces opérations, difficultés résultant, comme nous l'avons dit en commençant, soit de la nature même de la tumeur, de son degré de vascularisation, de son mode d'implantation, soit surtout de ses adhérences, de ses rapports plus ou moins étroits avec les différents viscères abdominaux. — Dans les cas de ce genre, faudra-t-il laisser l'opération inachevée et refermer précipitamment le ventre, à la manière des premiers ovariétomistes? — Non évidemment, et nous sommes d'avis, avec la majorité des opérateurs de notre époque, que l'on doit toujours essayer un procédé, fut-ce même un procédé de pis-aller.

Le progrès, en ce qui concerne les opérations de l'ovariétomie est donc moins dans l'étude du diagnostic que dans celle des procédés ou moyens qui permettront, une fois une opération commencée, de lutter contre l'imprévu né de l'imperfection du diagnostic, imprévu que tout ovariétomiste est exposé à rencontrer.

C'est en nous plaçant au point de vue de cet ordre d'idées, que nous avons entrepris de commenter dans ce modeste travail, deux observations d'ovariotomie qui nous ont paru présenter un véritable intérêt scientifique, tant au point de vue de l'opération que des résultats définitivement obtenus.

Mais avant de commencer, nous n'avons garde de manquer à l'accomplissement d'un devoir qui nous est cher et qu'il nous est agréable de remplir ; c'est celui de remercier tous nos maîtres qui ont concouru à notre éducation médicale à la Faculté de Lyon, à l'Ecole de Grenoble et dans les hôpitaux.

Nous sommes heureux de pouvoir inscrire en tête de ce travail le nom de M. le professeur agrégé Condamin, car nous n'oublions pas que c'est lui qui a bien voulu nous en donner l'idée première et que c'est grâce à ses conseils autorisés que nous avons pu le mener à bonne fin. Aussi le prions-nous de recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance pour l'amabilité et la bienveillance avec lesquelles il s'est toujours mis à notre disposition, en nous facilitant l'accomplissement de notre tâche.

M. le professeur Laroyenne, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous sentons tout le prix : qu'il nous soit permis de lui demander de vouloir bien agréer ici l'hommage de notre respect le plus profond en même temps que nos plus sincères remerciements.

Nous sommes heureux d'adresser à nos anciens maîtres de l'Ecole de Grenoble et tout particulièrement à M. le Dr Berger, Directeur honoraire, M. le Dr Bordier, Directeur actuel, MM. les Drs Girard, Comte, Nicolas, Allard, Turel, Berlioz, Gallois, Pegoud, l'expression de notre très reconnaissant souvenir.

Nous diviserons ainsi cette modeste étude :

Dans un premier chapitre, qui aura trait à l'historique de la question, nous examinerons les origines de l'opération de l'ovariotomie incomplète et les différents travaux (signalés comme les plus marquants) se rattachant à cet ordre d'idées, soit en Europe, soit en Amérique.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons brièvement le procédé opératoire adopté à la Clinique gynécologique de Lyon, dans les cas d'ovariotomie incomplète terminés par marsupialisation. Nous adjoindrons à ce chapitre un dessin schématique destiné à faire mieux comprendre le mode de disposition des sutures usitées en pareil cas. En même temps, nous intercalerons dans cette division un exposé détaillé des deux observations publiées à l'appui de notre thèse, observations puisées dans la collection de M. le professeur Laroyenne, à la Clinique de la Charité. Nous y ajouterons, à titre complémentaire, une troisième observation empruntée à la thèse du Dr Gros-Fillay et due à M. le Dr Péan.

Notre troisième chapitre sera consacré à un commen-

taire, à une discussion des faits observés dont nous essayerons d'expliquer les résultats post-opératoires par quelques aperçus théoriques et quelque comparaisons pratiques.

Nous terminerons enfin ce travail en tâchant d'en dégager un certain nombre de conclusions, qui, nous l'espérons, mériteront d'être prises en quelque considération.

---



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA  
MARSUPIALISATION DES KYSTES  
DE L'OVAIRE  
(TRAITEMENT ULTÉRIEUR EN CAS DE RÉCIDIVE)

---

CHAPITRE PREMIER

**Quelques considérations historiques sur l'opération de l'ovariotomie incomplète et la « Marsupialisation ».**

L'histoire de l'ovariotomie incomplète, considérée comme opération de pis-aller, ne remonte pas à une époque très éloignée. Les premiers ovariétomistes avaient ce procédé en très médiocre estime et cette défaveur se manifeste encore parmi un certain nombre de chirurgiens contemporains.

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, et dont il est fait mention dans les thèses de Urdy (Paris), de Leroy (Paris), de Braun (Nancy<sup>1</sup>), sont assez peu d'accord sur l'unité

<sup>1</sup> Urdy, thèse de Paris, 1874. — Leroy, thèse de Paris, 1881.  
— Braun, thèse de Nancy, 1890.

d'origine de ce procédé opératoire. Les uns<sup>1</sup> attribuent le mérite de son invention au chirurgien américain Ephraïm Mac Dowel qui exerçait à Dansville dans le Kentucky et que ses compatriotes honorèrent du nom de : *père de l'ovariotomie*. Mac Dowel, élève de John Bell d'Edimbourg, aurait pratiqué avec succès en 1809 plusieurs ovariotomies et entre autres une ovariotomie incomplète sur une négresse.

Néanmoins, W. Atlee, dans un article paru dans le *American Journal of medic. sciences*<sup>2</sup>, conteste formellement à Mac Dowel la priorité de la découverte et cite à l'appui de son assertion une observation du Dr Robert Houstoun publiée sous ce titre : « *Hydropisie de l'ovaire gauche*, chez une femme âgée de cinquante-trois ans, guérie par une grande incision abdominale<sup>3</sup> ». — D'après Atlee, l'ovariotomie incomplète aurait été instituée comme traitement d'exception en Angleterre.

En France, vers l'an 1737, le chirurgien le Dran ou Ledran, dans un mémoire présenté à l'Académie de chirurgie<sup>4</sup>, avait déjà proposé l'emploi du procédé qui porte son nom et qui consistait à ponctionner le kyste et la paroi abdominale sur une certaine étendue, et à maintenir l'ouverture béante par des mèches, permettant ainsi l'écoulement des liquides et des injections dans la cavité.

<sup>1</sup> Lawson Tait (*Maladies des ovaires*), Trad. Dr Olivier, 1886.  
— Spencer Wells (*Tumeurs de l'ovaire*), Trad. Dr Rodet, 1883.

<sup>2</sup> *American Journal of Med. Sciences*, vol. XVII, p. 534 et W. Atlee (in *American Journ. of Med. Sc.*, janv. 1883, p. 119).

<sup>3</sup> *Philosophical transactions de 1719 à 1733*, résumés et réunis en une table générale (vol. VII, p. 541, Londres, 1734).

<sup>4</sup> *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, vol. III.

Le Dran pose comme condition première que : « *des adhérences soient établies entre le kyste et la paroi abdominale, sinon il y aurait danger de péritonite mortelle, due au passage du liquide kystique dans le ventre.* »

Ce passage de Ledran, que nous trouvons cité dans la remarquable thèse du D<sup>r</sup> Braun de Nancy, nous incite à conclure qu'il s'agissait bien dans son cas d'une véritable ovariectomie incomplète rentrant absolument dans le cadre de notre sujet.

Le Dran a-t-il été réellement sur ce point, le précurseur de nos chirurgiens contemporains; faut-il rapprocher son mode de drainage du procédé de traitement par suppuration inventé par Péan; nous n'osons nous prononcer sur un aussi grave sujet.

Quoi qu'il en soit, les origines de cette opération sont assez obscures. Les chirurgiens de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et même plus près de nous; préférèrent en général, lorsqu'ils tombent sur des adhérences, refermer le ventre et abandonner l'opération, laissant aux événements le soin de se charger du kyste.

Laskowsky (thèse de Paris, 1867), cite le cas de Maisonneuve qui, en 1865, à une opération d'ovariectomie, est obligé de refermer le ventre de la malade, sans achever l'opération, à cause des adhérences multiples. Kiwisch, dans son ouvrage sur les maladies des ovaires traduit par Clay en 1860, relate 101 opérations, parmi lesquelles il se vit obligé 23 fois de tout abandonner. Il faut songer que les opérateurs de cette époque n'avaient pas à leur disposition les procédés antiseptiques devenus aujourd'hui d'usage courant.

Les faits d'abandon de l'intervention se retrouvent fré-

quemment dans les publications de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, toutes les fois qu'il s'agit d'adhérences.

Citons comme exception un cas de Galenzowki (1829), tombant sur un kyste interligamentaire adhérent, qui pratiqua l'ablation partielle du kyste et en sutura les parois à la plaie abdominale.

En Allemagne, Stilling publie, en 1841, l'observation d'un cas à adhérences où il rattacha le pédicule et une partie du kyste aux lèvres de la plaie, après avoir arrêté l'hémorragie par la torsion, la ligature et la cautérisation (Rapporté dans Spencer Wells : *Origine et progrès de l'ovariotomie*, traduction Rodet 1883, p. 205). Duffin en 1850 (dans un cas rapporté dans le 34<sup>e</sup> vol. du *Medico-chirurgical Transactions*), inaugure un traitement extra-péritonéal du pédicule, en fixant celui-ci aux lèvres de la plaie abdominale.

Langenbeck en 1851 et Stores en 1867 décrivent un procédé sous le nom de *Einnähen* (embochement du pédicule). Martin modifie la méthode de Stilling en attachant à la plaie abdominale seulement la tunique péritonéale du pédicule, au lieu de la base même de la tumeur<sup>1</sup>. Spencer Wells (*loc. cit.* p. 424), dans le cas d'adhérences insurmontables, conseille de refermer la plaie et le kyste en y laissant un drain ou une sonde, en ayant soin de suturer les parois autour du tube.

En 1860, John Clay publie plusieurs observations d'ovariotomie incomplète à résultats variables, peu encourageants. En France, Kœberlé, de Strasbourg<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Spencer Wells, p. 205, *loc. cit.*

<sup>2</sup> Kœberlé, *Gazette hebdomadaire*, 1868, page 500.

pratique sa première ovariectomie incomplète en 1868, sans grand succès paraît-il, car il publiait quelque temps après que l'excision partielle d'un kyste multiloculaire ne peut jamais donner lieu à une guérison définitive et que les kystes séreux uniloculaires sont seuls susceptibles de guérison par cette méthode.

Après Kœberlé, nous entrons dans une période qui fut une sorte de Renaissance pour l'opération de l'ovariectomie, à tous les points de vue. Sous l'influence des idées de Péan, avec l'aide d'instruments plus perfectionnés dont il enrichit l'arsenal chirurgical, une véritable école nouvelle se groupa autour de cet éminent chirurgien.

Péan reprit l'ovariectomie incomplète et la tira du discredit immérité dans lequel elle était tombée; il se fit de nouveau le promoteur de cette opération, et démontra par sa pratique et celle de ses élèves, qu'elle était susceptible de rendre à l'humanité de réels services.

Dans une série d'articles parus à la fin de l'année 1871<sup>1</sup>, Péan publie une série de cas d'opérations d'ovariectomie dans lesquels il a été amené, par suite de la multiplicité des adhérences et des cloisons kystiques, à pratiquer la suture des parois de la tumeur aux parois abdominales. Dans presque tous les cas cités par lui la guérison est survenue, après un temps variable, soit par adhérence des parois de la poche, après suppuration prolongée, soit par transformation fibreuse ou atrophie des parois kystiques. Les statistiques qu'il produisit ensuite sont tout en faveur du nouveau procédé qu'il dénomma *traitement par sup-*

<sup>1</sup> Péan, *Gazette des hôpitaux*, 25 novembre 1871, n° 139, page 553.

*puration* et qu'il institua et préconisa pour l'avenir, comme une méthode de prudence <sup>1</sup>.

En 1872, Spencer Wells fit paraître deux statistiques d'ovariotomie incomplète, dans lesquels il rapporte 7 guérisons sur 17 cas.

Liewen (1873-1874), cité dans la thèse de Leroy, eut plusieurs ovariotomies incomplètes suivies de succès.

Nous citerons également Winckel <sup>2</sup>, qui, en cas d'adhérences, préconise la ponction du kyste, la résection de la partie procidente et la suture de la paroi à la plaie abdominale.

Billroth paraît n'avoir accueilli cette opération qu'avec beaucoup de réserve et de défiance, car il ne se décide à la pratiquer pour la première fois qu'en 1879. A partir de cette époque il lui accorde plus de faveur et la pratique souvent avec succès.

En 1881, M. Terrier, dans un article publié dans la *Revue de chirurgie* <sup>3</sup>, fait une étude très approfondie de la question des ovariotomies incomplètes. Après en avoir fait apercevoir les avantages et les inconvénients et publié trois observations de résultats différents, il en arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Les opérations incomplètes, terminées par ouverture du kyste, suture de ses parois à la plaie abdominale et drainage, donnent des résultats fort différents selon la nature de la tumeur kystique;

2° Lorsque le kyste est uniloculaire, tels sont les kystes

<sup>1</sup> Péan, *Leçons de Clinique chirurgicale*, 1876-1878.

<sup>2</sup> Winckel, *Path. Weib. sex. org.*, page 356.

<sup>3</sup> *Revue de Chirurgie*, août 1881, t. I, p. 625.

séreux du ligament large et les kystes dermoïdes, le résultat peut être excellent et la cavité kystique finit par se combler entièrement ;

3° Le même résultat est peut-être possible dans certains kystes, uniloculaires au point de vue clinique, mais qui ne sont autres que des kystes multiloculaires pour les anotomopathologistes ;

4° Quand le kyste est multiloculaire, lorsque les parois kystiques présentent des végétations, les résultats sont très médiocres. La tumeur tend incessamment à récidiver, la fistule abdominale persiste indéfiniment ; enfin la suppuration interminable expose à la septicémie chronique et à l'épuisement ;

5° Notons enfin, et cela dans le cas de kystes unis ou multiloculaires, la possibilité du développement rapide d'une tumeur déjà préexistante sur l'ovaire qui n'a pas été touché et dont l'état n'a pu être vérifié au moment de l'opération.

A l'appui de ces conclusions, M. Terrier publie trois observations d'ovariotomie incomplète :

L'une de kyste multiloculaire terminée par décès après accidents septiques, sept mois après l'opération.

Une autre de kyste dermoïde, terminée par guérison.

Une troisième de kyste multiloculaire à parois végétantes dont le résultat apparaît comme incertain (apparence de récidive ganglionnaire et suppuration persistant sept mois après l'opération).

Nous avons voulu citer ici les cas de M. Terrier, parce qu'ils nous ont paru rentrer dans le cadre de notre sujet et venir à l'appui de l'opinion que nous tenterons de faire prévaloir en terminant, c'est-à-dire que dans les ovario-

tomies difficiles, la malade aura tout à gagner en courant les chances d'une opération même incomplète, tandis qu'elle aurait tout à perdre en cas de non-intervention.

Péan admet en principe que la guérison est la règle, après la cinquième ou la sixième semaine qui suit l'opération; il admet aussi que dans certains cas la fistule abdominale peut persister pendant plusieurs mois et même des années, avant d'aboutir à une guérison complète <sup>1</sup>.

Avant 1871, où Péan fit sa communication officielle à l'Académie de médecine sur le traitement dit *par suppuration*, ce mode de traitement avait été employé par lui quatre fois et avait donné comme résultat 4 guérisons.

Dans les statistiques publiées par Péan en 1876 et 1879<sup>2</sup>, nous trouvons sur 26 ovariectomies incomplètes traitées par suppuration, un total de 17 guérisons et 9 décès. Il en résulte une proportion d'environ 65 pour 100 de guérisons.

Dans le même ordre de faits, Spencer Wells arrive à une proportion de 50 pour 100 seulement.

Au point de vue de la nature des kystes, nous trouvons dans la statistique de Péan: sur 26 ovariectomies incomplètes, 12 cas pratiqués sur des kystes uniloculaires et ayant donné 11 succès.

Nous trouvons 6 cas de multiloculaires avec 3 succès et 3 morts; 5 opérations pour kystes mixtes avec 3 succès et 2 morts; 2 cas de kystes aréolaires terminés par 2 succès.

<sup>1</sup> Péan, *Leçons de Clinique chirurg.*, 1876, t. I, p. 684.

<sup>2</sup> Péan, *Leçons de Clinique chirurg.*, 1876, t. I, p. 651, et t. II, 1879, p. 789.

Si nous réunissons en seul groupe les kystes multiloculaires, mixtes et aréolaires, qui au point de vue anatomo-pathologique sont identiques, nous arrivons à la proportion suivante :

Sur 12 kystes uniloculaires, 11 succès, 1 insuccès.

Sur 13 kystes multiloculaires, 6 succès, 7 insuccès.

Ces résultats confirment en partie les critiques formulées au début par Kœberlé contre la méthode de Péan.

Nous devons reconnaître cependant que les opinions de Kœberlé, trop radicales et trop exclusives, n'ont pas été confirmées par la pratique courante des partisans de la méthode de Péan, et que ces critiques n'ont nullement empêché l'ovariotomie incomplète de prendre rang parmi les opérations utiles et indiquées.

Nous citerons pour mémoire un cas d'application de cette méthode par le D<sup>r</sup> Cazin, de Berck-sur-Mer, pour un kyste à adhérences multiples, terminé par la suture des parois kystiques à la plaie abdominale.

L'opération fut suivie de succès et fit l'objet d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine le 15 juin 1880.

En Allemagne, Rheinstädter publie en 1884<sup>1</sup> une série de sept ovariectomies terminées par marsupialisation (Einhund der Tumorbasis in die Bauchwunde), opérations qui furent pratiquées pour cause d'adhérences et furent toutes suivies de succès, sans aucune récurrence.

Nous arrêtons ici notre exposé historique, car il ne présente d'intérêt qu'au point de vue des débuts du procédé qui nous occupe.

<sup>1</sup> Rheinstädter, in *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. X, p. 257.

On peut, en somme, à partir de Péan, surtout vers 1876-1878, considérer l'ovariotomie incomplète comme ayant pris rang parmi les opérations chirurgicales admises. On la considère comme un pis-aller, une ressource ultime, une méthode d'exception que tout chirurgien a à sa disposition dans les cas de kystes à développements anormaux. Péan, dans son *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, paru en 1895, généralise même l'emploi de ce procédé à tous les kystes, soit du mésentère, soit du foie, soit du rein et de tous les viscères abdominaux.

Dans le même ouvrage, Péan s'élève vivement contre une dénomination abrégative que la plupart des auteurs et des chirurgiens contemporains ont admise pour désigner simplement et d'un seul mot l'opération de l'ovariotomie incomplète. Il s'agit du mot de *marsupialisation*<sup>1</sup>.

D'après Pozzi et beaucoup d'autres auteurs, ce terme est universellement admis aujourd'hui ; il est, selon toute probabilité, d'origine américaine<sup>2</sup>.

Au point de vue étymologique, il dérive de l'appellation donnée à la série animale connue sous le nom de *marsupiaux* (type kangaroo, sarigue), sans doute à cause de l'analogie trouvée entre la poche abdominale (poche marsupiale) dont ces animaux sont naturellement pourvus et la poche abdominale artificielle, que le chirurgien crée en quelque sorte en fixant aux parois du ventre les bords d'un kyste en partie évidé et réséqué à sa partie supérieure.

<sup>1</sup> Péan, *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, 1895, p. 851.

<sup>2</sup> Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 1890.

La comparaison est-elle plus ou moins justifiée, le terme est-il réellement approprié? Nous n'avons pas la prétention de trancher cette question, nous ne pouvons qu'accepter un terme adopté, à l'exemple de Pozzi et de la plupart des auteurs de gynécologie. Disons, en terminant, que l'adoption de ce terme abrégatif n'enlève rien à la gloire de M. Péan qui n'en conserve pas moins le mérite d'avoir démontré comme pratique et fait accepter par tous les chirurgiens l'opération de l'ovariotomie incomplète.

La Clinique gynécologique de Lyon, sous l'influence et l'impulsion des nombreux travaux dont M. le professeur Laroyenne et ses élèves, parmi lesquels nous citerons en première ligne M. le professeur agrégé Condamin, ont été les auteurs ou les inspireurs, a contribué, dans une large part, aux progrès de la gynécologie contemporaine.

Les idées que nous empruntons au mémoire de M. Condamin sont, en définitive, la résultante directe de celles qu'a toujours soutenues et professées notre vénéré maître, M. le professeur Laroyenne, en se basant sur sa profonde expérience, tant au point de vue de la technique opératoire qu'au point de vue des résultats ultérieurs à pronostiquer à la suite de ces opérations.



## CHAPITRE II

### **Technique de la Marsupialisation.**

#### **Tractions à exercer. — Procédé de suture.**

#### **Observations.**

Nous n'avons pas eu la prétention de présenter ici un procédé opératoire inédit.

Ce procédé est adopté et pratiqué depuis longtemps à la Clinique gynécologique de Lyon. Nous avons eu simplement l'intention d'en faire une description sommaire, aussi complète que possible ; d'en rappeler les traits principaux et enfin d'en mettre en lumière les nombreux avantages, entre autres celui bien appréciable de favoriser l'hémostase.

Dans ce but, nous avons intercalé dans cette description une figure schématique destinée à faire comprendre plus nettement la disposition des points de suture à travers les téguments et les parois même de la tumeur.

Nous résumerons en quelques mots, pour mémoire, les

soins d'aseptie préparatoire à toute ovariectomie, aujourd'hui passés dans le domaine classique.

La malade aura été préalablement purgée, puis désinfectée par un bain de sublimé. Le choix de la table ou du lit opératoire a une grande importance en raison des positions diverses nécessitées par les différents temps de l'opération. La toilette du ventre est faite d'abord au savon et à l'eau bouillie, puis à l'alcool et en dernier lieu à l'éther. Il serait désormais superflu d'insister sur le soin qu'on doit apporter à la préparation des instruments, des compresses, des éponges, et, en général, de toutes les pièces de pansement. Comme nous l'avons dit plus haut, tout cela est du domaine classique et chacun sait aujourd'hui que la condition *sine qua non* du succès, en chirurgie abdominale, c'est d'être scrupuleusement aseptique.

Nous ne parlerons pas de l'anesthésie, qui, suivant un usage adopté de longue date à Lyon, se fait à l'éther.

Nous supposons l'incision abdominale faite, couche par couche, et l'existence d'un kyste présentant des adhérences nombreuses dont la décortication complète serait dangereuse pour la vie de la malade. Après avoir vidé le contenu du kyste, on procédera à l'exploration minutieuse de tous ses replis et de tous ses points adhérents ; s'il s'agit d'un kyste multiloculaire, on mettra en communication le plus largement possible ses différentes cavités. On tâchera de disséquer, dans les limites possibles, toutes les adhérences susceptibles d'être libérées de leurs points d'attache et lorsqu'enfin il sera impossible de décortiquer sans danger de trop grande hémorragie, on attirera, par des tractions progressives, continues et sans secousses brusques, toute la partie énucléable de la tumeur. On

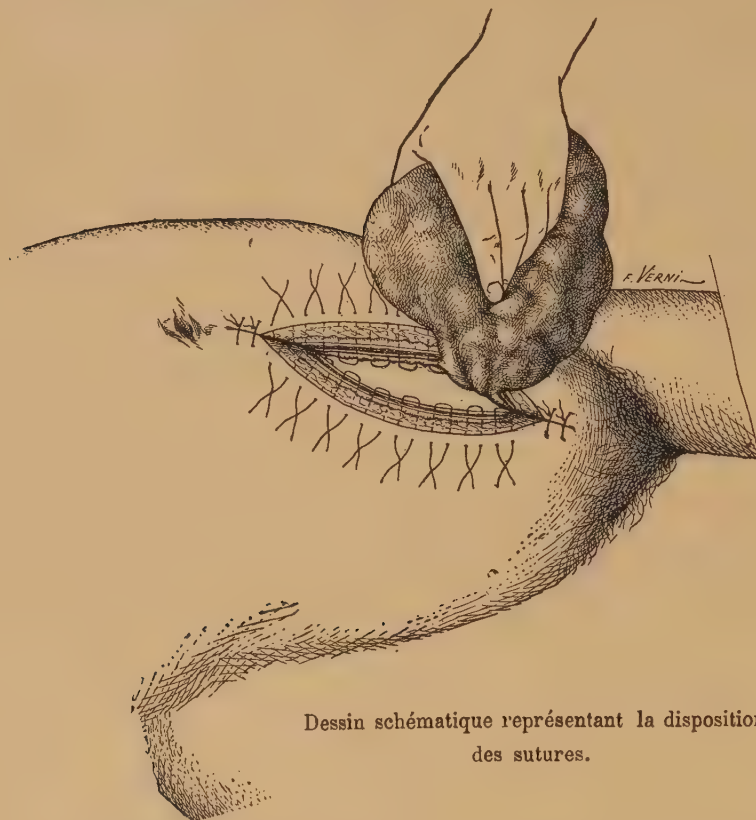
continuera, avec beaucoup d'insistance, ces tractions pendant quelques minutes, de façon à permettre à l'élasticité des tissus de laisser venir au dehors la plus grande partie possible des parois kystiques. Ce résultat obtenu, on incisera lentement la partie supérieure de la tumeur que l'on réséquera en assurant l'hémostase au fur et à mesure de l'incision par des pinces à forcipressure disposées selon le trajet suivi.

On commencera à ce moment à placer des points de suture et on n'achèvera l'ablation des parois de la tumeur qu'après en avoir suturé la plus grande partie aux parois abdominales.

Les sutures, telles que nous les avons vu pratiquer à la Clinique gynécologique de Lyon, sont disposées de telle sorte que le fil traversant les téguments, les couches musculo-aponévrotiques, puis la paroi kystique, vienne ressortir tout près de son point d'entrée et puisse être serré fortement sur lui-même par un double nœud de sûreté. Il en résulte un accollement parfait de la paroi kystique contre l'aponévrose des muscles droits et une sorte de froncement, de repli de cette paroi sur elle-même (analogue aux replis de fermeture d'une bourse). Ces replis, ou anses, énergiquement serrés entre les fils de ligature, présentent l'avantage de fermer dans leurs froncements tous les vaisseaux gros et petits, dont les parois kystiques sont en général si abondamment pourvues et de réaliser ainsi une hémostase complète.

M. Laroyenne est d'avis de faire les points de suture aussi rapprochés que possible. Il conseille, en outre, d'après sa pratique personnelle, et dans certains cas, de compléter la fermeture et de la rendre absolument hermé-

tique, en entrecroisant les anses de suture. Pour obtenir ce résultat on comprendra dans une anse supplémentaire à cheval sur ses deux voisines (et faite de la même façon



Dessin schématique représentant la disposition  
des sutures.

qu'elles), le léger intervalle de tissus (paroi péritonéo-kystique, couche musculo-aponévrotique et peau), séparant les points de suture primitifs.

On pratique ainsi une série de sutures séparées, semblables, aussi rapprochées que possible, et on achève de réséquer ce qui reste de la partie supérieure de la tumeur kystique. On se trouve avoir créé ainsi une sorte de

poche abdominale dont le fond est constitué par la paroi interne péritonéo-kystique de la tumeur, et, les bords, par cette même paroi recouvrant les muscles droits avec leurs aponévroses, le tissu cellulaire et la peau.

Il est alors absolument indiqué de gratter cette paroi interne, généralement pourvue d'éléments prolifères, et d'enlever, soit avec la main, soit par la curette et la rugine, tout ce qu'il est possible d'enlever sans danger d'hémorragie nouvelle considérable.

Après un lavage antiseptique et une toilette soignée de la cavité, on disposera à son intérieur des flèches de chlorure de zinc, et ceci dans un double but : 1° Pour achever par la cautérisation la destruction des éléments prolifères de la membrane kystique ; 2° provoquer, s'il est possible, une inflammation adhésive qui aboutira à l'accollement des parois et à la cicatrisation totale de la plaie par ce procédé, après une suppuration plus ou moins longue, mais qui, en général, n'excède pas cinq à six semaines et souvent cinq ou six jours.

On dispose ensuite dans la plaie un pansement avec drainage à la Mikulicz, destiné à rester de huit à dix jours au plus et que l'on remplacera dans la suite par des mèches de gaze iodoformée, de moins en moins nombreuses, à mesure que se fermera la plaie. — Le reste du pansement se fait par occlusion. La cautérisation au chlorure de zinc devra être renouvelée plusieurs fois, selon les indications du moment et aussi souvent que cela paraîtra nécessaire.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I

*Kyste de l'ovaire. — Ovariectomie datant de sept ans, terminée par une marsupialisation. — Récidive. — Seconde intervention. — Ablation complète. — Guérison.*

J. J..., célibataire, demeurant à Guérin (Ain) et en dernier lieu à Belleville. En 1888, la malade fit un séjour de quelques mois à la Clinique gynécologique de la Charité dans le service du professeur Laroyenne, qui lui fit une ovariectomie pour un volumineux kyste de l'ovaire. L'opération fut des plus laborieuses en raison d'adhérences multiples et de l'absence d'un véritable pédicule; elle fut terminée par une marsupialisation des débris du kyste qu'on n'avait pu enlever totalement.

La convalescence fut longue, la malade resta quatre mois environ dans le service, où, pour prévenir la récidive, M. le professeur Laroyenne fit à l'intérieur de la poche marsupialisée, plusieurs cautérisations au chlorure de zinc.

Ensuite la malade rentra chez elle et reprit ses occupations habituelles.

*Récidive.* — Vers la fin de l'année 1894, le ventre de la malade commence à grossir de nouveau et actuellement (octobre 1895)

présente le développement inhérent à une grossesse à terme. La cicatrice est étalée avec quelques lobulations très fluctuantes dues à la pression intra-kystique. L'état général est mauvais, la malade est pâle, amaigrie. Très impressionnable habituellement, elle est particulièrement effrayée de la nouvelle opération qu'on lui propose.

Pas d'albumine dans les urines, pas d'œdème des jambes.

(19 octobre 1895). *Seconde opération.* — Longue incision de la paroi abdominale dépassant l'ombilic que l'on contourne. Il existe des adhérences très solides avec les parois abdominales au niveau des points de suture avec les parois du kyste.

On réussit cependant à en effectuer la libération.

Ces adhérences étaient étalées de chaque côté de la ligne médiane, laquelle ne présentait aucune trace d'éventration, sur une étendue de 4 à 5 centimètres.

Le kyste ou plutôt les masses secondaires du kyste sont multiloculaires, on les ponctionne, il s'écoule un abondant liquide colloïde, dans certains points on trouve des masses solides. Le kyste affaissé, on ferme avec une pince à plateau la partie supérieure de l'incision ; on attire les parois du kyste en dehors et on libère des adhérences, sans de trop grandes difficultés, car elles ne présentent plus la forme étalée qu'elles avaient au moment de la première intervention. On détache d'abord trois ou quatre brides épiploïques qui sont sectionnées après ligature. A gauche, on rencontre une anse intestinale adhérente sur une étendue de près de 10 centimètres. On la décolle très facilement en exerçant simplement sur elle une pression légère avec une éponge montée : un petit vaisseau qui donne est saisi et ligaturé.

Un peu plus pénible fut la décortication du kyste au niveau de la fosse iliaque gauche où les adhérences furent rompues en entraînant une légère déchirure du péritoine pariétal que l'on sutura aussitôt après examen soigneux des organes voisins, surtout des uretères, qui auraient pu être intéressés dans la décortication.

Le reste de la libération fut aisé, sauf parfois de légères éraflures du péritoine pariétal.

La portion du kyste qui plongeait dans le bassin et qui, à la pre-

mière intervention n'avait pu être enlevée, était plissée sur elle-même, presque réduite à l'état de pédicule, attirée qu'elle était vers la paroi abdominale par les sutures de la marsupialisation. Elle fut sectionnée après ligature comme un pédicule simple.

Toilette soignée du péritoine. Mikulicz de sécurité appliqué dans le cul-de-sac de Douglas avec quatre mèches dans son intérieur. Résection d'une portion de la paroi abdominale au niveau des adhérences des bords marsupialisés du kyste.

On peut alors effectuer sur toute la hauteur, sauf au niveau du Mikulicz, une suture à trois étages.

Les suites opératoires furent bonnes. Légère ascension de la température le lendemain. Défervescence complète dès que la malade fut allée à la selle. Le Mikulicz donne un écoulement abondant les deux ou trois premiers jours.

Il fut enlevé le douzième jour et remplacé par une mince mèche de gaze iodoformée.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade eut des douleurs abdominales assez vives qui nécessitèrent des piqûres de morphine. De ce fait elle resta quelque temps sans appétit. Dans les premiers jours de novembre, la malade put quitter le service et rentrer chez elle. Le ventre est souple, il persiste seulement une petite fistulette au niveau de Mikulicz.

Cette femme est revenue, il y a peu de temps, à la Clinique dans le but de témoigner sa reconnaissance à M. le professeur Laroyenne et à tous ceux qui avaient contribué à sa guérison.

M. le professeur Laroyenne a pu constater par lui-même l'état de complète et parfaite guérison de son ancienne malade.

#### OBSERVATION II

*Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large. — Ovariectomie. — Impossibilité de tout décortiquer. — Marsupialisation. — Récidive. — Nouvelle intervention. — Facile ablation totale. — Guérison.*

B... M., quarante-deux ans, mariée, demeurant à Chanerail (Allier), cultivatrice.

Entrée en juin 1895 à la clinique gynécologique de la Charité, service du professeur Laroyenne. Cette femme n'a eu qu'une seule couche, il y a vingt-trois ans. Réglée depuis l'âge de treize ans. Menstruation assez régulière, à deux ou trois jours près.

Il y a deux mois environ, la malade commença à voir son ventre augmenter de volume. Depuis cette époque, on sent nettement une tumeur abdominale, douloureuse surtout au moment des règles, et obligeant la malade à garder le lit à ce moment. Pas de constipation, pas de gêne de la miction, mais modifications sensibles de l'état général. Au toucher, on sent l'utérus en rétroversion, refoulé par les masses de la tumeur qui occupe la plus grande partie de l'excavation. Fluctuation manifeste par le toucher combiné.

*Opération.* — Au commencement de juin 1895.

Laparotomie. Manœuvres habituelles de l'ovariotomie.

Il s'écoule par la ponction du trocart environ 2 litres d'un liquide couleur chocolat. Les parois du kyste ne purent être attirées en totalité au dehors; et, quand on se fut rendu compte que des adhérences, très solides et étendues avec les organes voisins, ne pouvaient être rompues sans danger, on se décida à ne faire qu'une opération incomplète, une ablation partielle du kyste et à traiter le reste de la tumeur par la marsupialisation.

Les suites opératoires furent des plus simples.

On avait enlevé tout ce qu'on avait pu de la paroi interne de la poche marsupialisée et cautérisé le reste. Drainage de la poche avec de la gaze iodoformée. Ecoulement assez abondant pendant les jours qui suivirent l'opération.

15 juin 1895. — La malade quitte le service.

Comme état local, il persiste encore un petit trajet fistuleux pouvant admettre le passage du petit doigt et profond de 3 centimètres. Réunion par première intention sur le reste de la suture.

La marche est facile, non douloureuse, la menstruation qui a suivi l'opération a duré le temps ordinaire; l'état général est meilleur. La face a perdu la coloration terne qui existait avant l'intervention.

27 septembre 1895. — La malade est revue; on constate tou-

jours une fistule au niveau de la portion marsupialisée du kyste. Profondément, on sent que la tumeur s'est reformée. Elle remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic; la paroi abdominale est violacée, oedémateuse. Le toucher vaginal permet de constater que la tumeur est enclavée en arrière dans le petit bassin.

On décide une seconde intervention.

Deuxième intervention le 4 octobre 1895.

Laparotomie médiane : le kyste est ouvert en même temps que la paroi abdominale. On constate des adhérences avec l'utérus et les parois abdominales. Elle sont tendues et comme pédiculisées : on les coupe facilement entre deux ligatures et on fait une décoloration profonde sans difficulté. Ces manœuvres se font facilement et peut-être un peu trop vite, car à un certain moment on s'aperçoit de l'existence d'une déchirure transversale de l'intestin grêle que l'on complète. On place aussitôt au niveau de cette déchirure un bouton de Murphy; et l'on continue la rupture de quelques adhérences facilement pédiculisables.

Toilette soignée du péritoine. Drainage à la Mikulicz. Fermeture de la plaie par 3 plans de 11 sutures. Malgré la déchirure de l'intestin (qui aurait pu être évitée facilement), on a la sensation que l'opération a été beaucoup plus simple et facile qu'on ne s'y attendait.

Le 9 novembre 1895. — Après des suites opératoires très simples la malade rentre chez elle complètement guérie. Le Mikulicz qui ne donnait pas beaucoup fut remplacé au sixième jour par une mèche de gaze iodoformée que l'on supprima quelques jours après.

Etat général très amélioré. — La malade se plaint seulement de quelques coliques, surtout depuis qu'elle a été avertie qu'elle devait rendre dans ses selles un bouton de Murphy. Depuis douze jours, elle est complètement guérie. Si elle reste à la Charité, c'est seulement pour attendre l'expulsion du bouton anastomotique qui se produisit le trente quatrième jour après l'opération.

Les nouvelles que l'on a eues de cette malade depuis ce temps ont été satisfaisantes. Elle va très bien. La cicatrisation de la paroi, y compris le point du Mikulicz, est parfaitement effectuée.

Cette femme a pu reprendre complètement les travaux de sa profession et sa vie ordinaire, sans ressentir aucune gêne appréciable.

Elle a été revue depuis par une des religieuses attachées à la Clinique, qui témoigne l'avoir trouvée dans une situation très satisfaisante.

Nous empruntons l'observation suivante, qui nous paraît sur certains points se rattacher au cadre de notre sujet, à une publication faite par M. le Dr Péan dans la *Gazette des hôpitaux* du 25 novembre 1871, n° 139, page 553. Cette observation est également citée dans la thèse de M. le Dr Gros-Fillay (Paris 1874), page 58.

Nous ne publierons ici que le résumé de l'observation empruntée à la collection de M. le Dr Péan. Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans qu'il opéra avec le concours de MM. les Drs Barth et Huguier.

#### OBSERVATION III

(Empruntée à la collection de M. le Dr Péan.)

Jeune fille, vingt et un ans. — *Kyste multiloculaire suppuré.* —  
*Adhérences des parois du kyste aux parois abdominales.*  
— *Récidive.* — *Ovariectomie complète.* — *Guérison.*

A la suite d'une ponction faite cinq ans auparavant et suivie d'injections iodées, une abondante suppuration s'était développée dans une loge kystique qui remplissait la totalité de l'abdomen. La fièvre hectique et le marasme n'avaient pas tardé à survenir et une péritonite menaçante s'était déclarée. M. Huguier, qui traitait la malade, dut recourir alors à une méthode énergique et qui consista à inciser largement la paroi abdominale et le kyste sur deux

points, l'un correspondant à la ligne blanche, l'autre situé à quatre travers de doigt à droite de la ligne médiane. Les adhérences qui existaient au niveau de ces incisions permirent au pus de s'écouler librement au dehors, et, à l'aide de mèches et d'injections, tous les accidents disparurent, si bien qu'au bout de quelques mois le kyste parut s'être complètement atrophié.

Sur ces entrefaites, MM. Huguier et Péan ayant perdu la malade de vue, crurent à une guérison définitive.

Mais au mois de juin 1871, la malade vint de nouveau consulter ces chirurgiens. Elle portait alors un kyste ovarique non moins volumineux que l'ancien. MM. Péan et Huguier estimèrent aussitôt que le point de départ de cette récurrence était dans un des kystes secondaires dont ils avaient constaté la présence autrefois et que ces derniers n'ayant pu être atteints par les incisions évacuatrices, avaient continué à s'accroître.

D'un commun accord ils pensèrent que l'ovariotomie était pour la malade l'unique moyen de salut. M. Péan fut chargé de la pratiquer. Or, pendant le cours de l'opération, il reconnut que l'ancienne loge était presque complètement oblitérée; que ses parois, absolument épaisses et fibreuses, se soudaient intimement à l'abdomen dans les points primitivement incisés. Il put, sans difficultés, venir à bout de ces adhérences qui n'étaient pas très étendues, mais plutôt semblables à de véritables cordons fibreux.

L'opération s'acheva sans autre incident. Au bout d'un mois la malade retournait dans son pays et on a appris depuis qu'elle jouissait d'une santé parfaite.

---

### CHAPITRE III

**Considérations théoriques sur le mode de formation du pédicule.— Objections soulevées contre la marsupialisation.— De l'éventration post-opératoire.**

Dans les deux cas dont nous venons de publier l'observation détaillée, que s'est-il passé, en résumé, et quelles déductions peut-on en tirer ?

On s'est trouvé en présence de deux kystes à adhérences multiples ; on a pratiqué l'ovariotomie incomplète suivie de marsupialisation et chaque fois la tumeur a récidivé. Jusque-là rien que de très ordinaire et de très classique.

Mais dans les deux cas on a pratiqué une seconde intervention quelques mois après l'opération initiale et l'on s'est aperçu à ce moment que des modifications très remarquables, d'une importance extrême, s'étaient produites au niveau des adhérences primitives que l'on avait dû abandonner à elles-mêmes une première fois, en raison des

dangers que leur ablation immédiate eût fait courir aux deux malades.

Sous l'influence des tractions méthodiquement exercées au cours de l'opération sur les points d'implantation, tractions dont l'influence et l'efficacité sont hors de doute, sous l'influence aussi des mouvements de la vie ordinaire, des tractions constantes, physiologiquement exercées par les parois abdominales sur les lambeaux du kyste marsupialisé, les adhérences primitives ont contracté des formes nouvelles. Elles ont perdu en étendue ce qu'elles ont gagné en longueur : en un mot, elles se sont pédiculisées et la seconde intervention a donné l'immense avantage de permettre une ablation complète, une cure radicale.

Ne se dégage-t-il pas de ces faits une conséquence thérapeutique logique ? Nous dira-t-on que ces deux cas constituent des exceptions heureuses ? A ces objections nous répondrons que généralement, dans les cas d'ovariotomie incomplète suivis de récurrence, on n'a que très rarement pratiqué une seconde opération, la plupart des malades se refusant à l'accepter, découragées par l'insuccès apparent de la première intervention.

N'est-il pas logique, en présence d'une tumeur nouvelle reformée sur place, de pratiquer une seconde tentative d'ablation, puisque la vie de la malade est derechef mise en question ? Une seconde laparotomie pourra être un moyen de salut, l'expérience l'a prouvé : et dans une aussi grave circonstance, pourquoi hésiterait-on à y recourir, s'il n'y intervient pas des conditions particulières de cachexie ?

Si le résultat curatif n'est pas absolument certain, il faut considérer aussi que le pronostic, quand il s'agit de réci-

dive et de non-intervention, est, dans la généralité des cas, absolument sombre et décourageant.

Nous reviendrons plus loin sur ces importantes considérations, en formulant nos conclusions: nous allons, pour l'instant, reprendre le commentaire de nos deux observations.

Dans les cas que nous rapportons, et M. le professeur Laroyenne en a observé d'autres, la seconde intervention a été, sinon aisée, du moins relativement facile. En tout cas, elle a permis une ablation complète et la guérison définitive des malades.

Comment expliquer ce phénomène de la modification des adhérences et la production d'un pédicule qui n'existait pas tout d'abord? Voyons si certains faits anatomo-pathologiques ne pourraient pas nous fournir des points de comparaison capables d'éclaircir la pathogénie de cette modification. Nous reproduisons ici les arguments publiés par M. Condamin dans un mémoire récent<sup>1</sup>. Voyons, par exemple, ce qui se passe à propos du molluscum. Quand on suit son évolution, on le voit généralement s'accroître sur une implantation d'abord sessile; puis se pédiculiser à la longue, surtout si son poids et ses conditions de déclivité font exercer des tractions au niveau du point d'implantation. On peut dire que la tumeur a perdu en étendue ce qu'elle a acquis en longueur et cela sous l'influence très probable de la pesanteur et de la traction qui en résulte, d'une façon continue sur la base d'implantation.

Prenons un exemple qui se rapproche plus directement

<sup>1</sup> Condamin, *Lyon médical*, 21 juin 1896.

du sujet qui nous occupe. Les fibromes sous-muqueux de l'utérus se traduisent tout d'abord par une simple saillie à l'intérieur de la cavité utérine. Puis, petit à petit, sous l'influence de l'augmentation de leur volume et de leur poids, sous l'influence surtout de la contraction utérine, un pédicule, d'abord large, puis de plus en plus mince et étroit, se forme, à mesure que les tractions exercées sur lui par les parois de l'organe viennent à augmenter.

Considérons maintenant les kystes de l'ovaire eux-mêmes. Quand ils présentent un long pédicule, c'est qu'une circonstance particulière (résultant soit de la torsion, soit du volume, soit de la présence d'une autre tumeur, etc.), a amené la production de tractions sur le point d'implantation. Sous l'influence de ces tractions, qui sont continues, lentes, sans secousses, mais très fermes et très persistantes, le pédicule acquiert les dimensions si variées que nous connaissons.

Eh bien, que se produira-t-il quand on aura fait la marsupialisation d'un kyste de l'ovaire? On a fixé aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détaché et l'on a drainé cette cavité comme un abcès. La malade, en reprenant la vie ordinaire va imprimer à son ventre toutes sortes de mouvements qui auront leur répercussion sur les débris de l'ancien kyste. Les mouvements de la paroi abdominale, les efforts, la respiration, les changements de position des anses intestinales, vont constamment exercer sur la poche marsupialisée, des pressions ou plutôt des tractions. La résultante de ces tractions diverses aura pour effet de rapprocher le fond de la poche de l'ouverture de la marsupialisation et d'un autre côté, les adhérences profondes,

agissant en sens inverse, attireront, ou plutôt tendront à attirer ce même fond de la poche vers la profondeur du bassin. On peut admettre, du moins le croyons-nous ainsi, qu'un tissu organisé, soumis à des actions antagonistes, actions s'exerçant d'une façon lente, mais continue et très persistante, subira forcément une modification qui se traduira par de l'allongement, de l'élongation plutôt, qui sera plus ou moins accentuée. De là à admettre la formation d'un pédicule, il n'y a pas loin, et l'expérience nous a démontré que le fait est possible ; puisque dans les deux observations que nous produisons à l'appui de notre thèse, le pédicule, qui n'existait pas lors de la première intervention a été rencontré lors de la seconde, c'est-à-dire quelques mois plus tard. On ne peut guère expliquer sa formation autrement que par les tractions antagonistes exercées en avant par la paroi abdominale, en arrière par les adhérences viscérales abandonnées lors de la première opération.

Cette action antagoniste peut être comparée à celle qui résulte de la contraction utérine et dont nous avons essayé d'expliquer les résultats dans l'étiologie du fibrome de l'utérus.

Si nous admettons cette idée, ne serons-nous pas amenés à en tirer la conséquence suivante : lorsqu'un kyste présentera des adhérences en surface dont le décollement ou la rupture paraîtra compliqué, à quoi bon s'acharner à vouloir faire une ablation complète comme s'il s'agissait pour la malade d'une question de vie ou de mort. Ne serait-il pas plus sage, au contraire, de ne pas aggraver le pronostic opératoire par des manœuvres prolongées, puisque l'on aura, par une intervention secondaire, la possibilité de

tout enlever, sans faire courir à la patiente les mêmes risques qu'à la première opération.

La pédiculisation des débris kystiques exigera-t-elle un laps de temps bien long ? — Nous ne pouvons répondre à cette question par des faits ; mais, si nous nous reportons aux deux observations citées au cours de ce travail, nous croyons pouvoir dire que six mois nous paraissent une limite suffisante.

Alors de deux choses l'une : ou bien le kyste marsupialisé (dont la paroi interne aura été cautérisée), sera guéri par inflammation adhésive et destruction de sa couche prolifère et l'on n'aura plus à s'en préoccuper ; ou bien, la poche aura continué à sécréter et même à proliférer.

Dans ce cas on pratiquera une nouvelle laparotomie et nous ne doutons pas que l'avenir ne prouvera que les choses se passent à peu près toujours comme dans les deux observations que nous rapportons, où la deuxième intervention a permis d'opérer radicalement et de guérir les malades.

Une grave objection a été faite au procédé de la marsupialisation. On lui a reproché de favoriser, d'entraîner presque fatalement l'éventration, l'éviscération consécutive.

Sur ce point les avis sont partagés et il est, croyons-nous, assez difficile de rien poser en principe précis. Nous devons reconnaître que l'éventration peut se produire à la suite d'une première laparotomie, surtout s'il y a eu une longue période de drainage. Cet accident se produira dans certains cas, il ne se produira pas dans d'autres : tout dépendra des circonstances concomitantes à l'opération, des conditions du sujet, de son état général. Il faudra aussi tenir compte de la résistance plus ou moins grande des muscles

droits, de l'état de leurs fibres musculaires résultant de la plus ou moins longue durée de leur distension par la tumeur ; de la longueur de l'incision, du temps plus ou moins long du drainage et de la suppuration.

M. Condamin a remarquablement étudié l'influence du drainage à la Mikulicz sur les éventrations<sup>1</sup> et il a démontré qu'il n'est pas rare de voir (grâce à la lenteur de la cicatrisation au niveau du Mikulicz), une éventration survenir après la réunion secondaire, réunion qui se sera effectuée par bourgeonnements et granulations sans qu'il y ait eu suture directe des plans musculo-aponévrotiques.

M. le professeur Laroyenne affirme même avoir vu se produire une éventration chez presque toutes ses opérées quand il avait dû laisser un Mikulicz ou un tube à demeure et que la plaie s'était fermée par seconde intention. Mais à cette grave objection nous répondrons que, s'il arrive quelquefois de voir l'éventration, l'éviscération, se produire après une première intervention terminée par drainage et longue suppuration ; il est absolument impossible qu'elle se produise après la seconde intervention que nous proposons, puisque, dans ce dernier cas, on fait une véritable cure radicale et de la tumeur et de la fistule résultant du Mikulicz, opération que vient terminer une suture à triple étage musculo-aponévrotique et cutanée.

Dans ces cas la réunion par première intention sera la règle : on l'obtiendra sans aucune difficulté et nous rentrons ici dans le cadre des opérations d'ovariotomie ordinaire terminées par une seule intervention.

<sup>1</sup> Condamin, *Avantages et inconvénients du drainage à la Mikulicz.*

Nous ajouterons que M. le professeur Laroyenne, fort de son expérience personnelle, nie absolument l'influence de la marsupialisation sur les éventrations postérieures <sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Bonavita, *Des éventrations post-opératoires* (thèse de Lyon, 1895).

---

## CONCLUSIONS

---

I. Sous l'influence de la marsupialisation il se produit, à la longue, des changements de forme considérables dans les points d'implantation des adhérences profondes des kystes de l'ovaire : ces adhérences se pédiculisent.

II. Toutes les fois que, par suite d'une disposition particulière du kyste, le chirurgien se trouve en présence d'adhérences trop difficiles ou trop dangereuses à enlever ; il ne devra pas s'acharner à poursuivre leur ablation complète, mais pratiquer, de préférence, la marsupialisation du kyste, opération qui présente moins de dangers pour la malade.

III. La marsupialisation du kyste peut aboutir à deux solutions : ou bien il y aura guérison par suite d'inflammation adhésive des parois et sclérose des lambeaux kystiques, ou bien il y aura récurrence.

IV. Si la récurrence se produit, il faudra pratiquer une

seconde intervention. On peut, par ce moyen, comme le démontrent les observations que nous venons de présenter, guérir radicalement la malade.

V. La marsupialisation n'amènera pas (comme on le lui a reproché), fatalement, l'éventration. Cette complication est, au contraire, très rare dans ce cas et ne se produit guère qu'à la suite de la récurrence de la tumeur.

VI. L'éventration viendrait-elle à se produire par suite de la cause que nous venons de citer, qu'alors la seconde intervention mettrait la malade à l'abri de cette infirmité, en permettant à la fois la cure radicale et de la tumeur et de l'éventration.

*Vu, bon à imprimer :*  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
LAROYENNE

*Vu, bon à imprimer :*  
LE DOYEN,  
LORTET.

*Vu, bon et permis d'imprimer :*  
LE RECTEUR,  
G. COMPAYRÉ.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- W. Atlee, American journal of med. S. p. 119, janvier 1883.  
— American journal of med. Sciences, vol. XVII, p. 534.  
Bonavita, Des éventrations post-opératoires (thèse de Lyon, 1895).  
Braun, Des adhérences dans les kystes de l'ovaire et des ovariotomies incomplètes (thèse de Nancy, 1890).  
Condamin, Du drainage à la Mikulicz, Arhiv. prov. de chirurgie, Paris, 1892.  
— Lyon médical, 21 juin 1896.  
Duplay et Reclus, Traité de chirurgie, art. KYSTES DE L'OVAIRE.  
Gros-Fillay (thèse de Paris, 1874).  
Kœberlé, Gaz. hebdomadaire, p. 500, 1868.  
Laskowski (thèse de Paris, 1867).  
Lawson-Tait, Maladies des ovaires, traduc. du Dr Olivier, 1886.  
Leroy, Des ovariotomies incomplètes (thèse de Paris, 1881).  
Mémoires de l'Académie de chirurgie, vol. III.  
Péan, Gaz. des hôpitaux, n° 139, p. 553, 25 novembre 1871.  
— Leçons de chirurgie clinique, 1876 1878.  
— — — — — t. II, p. 789, 1879.  
— Des tumeurs de l'abdomen et du bassin, p. 851, 1895.  
Philosophical transactions, vol. III, p. 541, Londres, 1734.

Pozzi, Traité de Gynécologie, 1890.

Rheinstaëdter (in Zeitschrift für Geburshülfe und Gynäcologie,  
Bd. X, p. 257).

Spencer Wells, Tumeurs de l'ovaire, traduct. Rodet, 1883.

Terrier, Revue de chirurgie, t. I, p. 625, août 1881. Résultats  
fournis par l'ablation incomplète des kystes de l'ovaire.

Urdy, Des ovariectomies incomplètes (thèse de Paris, 1874).

Winckel, Path. Weib. sex. org., p. 356.

# TABLE

---

|                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .                                                                                                                                                                 | 5  |
| CHAPITRE PREMIER. — Quelques considérations historiques<br>sur l'opération de l'ovariotomie incomplète et la<br>marsupialisation. . . . .                                              | 11 |
| CHAPITRE II. — Technique de la marsupialisation. Traction<br>à exercer. Procédés de suture . . . . .                                                                                   | 23 |
| Observations . . . . .                                                                                                                                                                 | 28 |
| CHAPITRE III. — Considérations théoriques sur le mode de<br>formation du pédicule. Objections soulevées contre<br>la marsupialisation. De l'éventration post opéra-<br>toire . . . . . | 35 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                                                                                                                                  | 43 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                                                                                                                | 45 |





